



**UnB | HUB**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA**

**INGRED DIAS LEITE**

**A INSEGURANÇA ALIMENTAR EM UMA REGIÃO ADMINISTRATIVA DO  
DISTRITO FEDERAL EM MEIO A PANDEMIA, ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR-  
LA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

Brasília - DF  
2020

**INGRED DIAS LEITE**

**A INSEGURANÇA ALIMENTAR EM UMA REGIÃO ADMINISTRATIVA DO  
DISTRITO FEDERAL EM MEIO A PANDEMIA, ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR-  
LA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

Trabalho de Conclusão de Residência  
Multiprofissional, apresentado como pré-  
requisito para título de especialista em Atenção  
Básica ao Hospital Universitário de Brasília.

**Orientadora:** Me.<sup>a</sup> Viviane Belini Rodrigues

**Coorientadora:** TO. Sabrina Goursand de  
Freitas

Brasília - DF  
2020

**INGRED DIAS LEITE**

**A INSEGURANÇA ALIMENTAR EM UMA REGIÃO ADMINISTRATIVA DO  
DISTRITO FEDERAL EM MEIO A PANDEMIA, ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR-  
LA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional,  
apresentado como pré-requisito para título de especialista em Atenção  
Básica ao Hospital Universitário de Brasília.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Me.<sup>a</sup> Viviane Belini Rodrigues  
Universidade de Brasília (UnB)  
Orientadora

---

Profa. Dr.<sup>a</sup> Rita de Cássia Melão de Moraes  
Universidade de Brasília (UnB)  
Membro efetivo

---

Profa. Dr.<sup>a</sup> Juliane Andrade  
Universidade de Brasília (UnB)  
Membro efetivo

---

TO. Sabrina Goursand de Freitas  
Membro suplente

## RESUMO

**Objetivo:** Relatar uma ação emergencial durante um momento pandêmico demonstrando a Insegurança Alimentar e Nutricional do território. **Método:** Trata-se de um relato de experiência, em que descreve, através da perspectiva de uma nutricionista residente do programa multiprofissional em Atenção Básica (AB) do Hospital Universitário de Brasília, uma ação pontual, coordenada pelo NASF-AB, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da Região Leste do Distrito Federal. **Desenvolvimento:** Foi realizado um mapeamento dos usuários mais vulneráveis utilizando como inspiração a Escala de Risco Familiar Coelho - Savassi (ERF-CS). As famílias foram contactadas através de telefone e Visitas Domiciliares (VD) e através dessa identificação, uma lista de alimentos foi pensada para compor 24 cestas, levando em consideração a cultura alimentar da população brasileira, a distribuição de macronutrientes (carboidratos, proteínas e lipídeos) e fibras e o preço, de forma ser mais acessível. **Considerações finais:** Apesar de uma ação pontual teve um processo envolvendo o diagnóstico, planejamento, a execução o qual foi investido tempo, energia de todos os profissionais e residentes do NASF-AB. O mapeamento serviu para identificação e possível acompanhamento das famílias do território as quais mais precisavam de acompanhamento pela equipe e NASF-AB, por terem outras demandas de saúde. Foi possível perceber o aumento da desigualdade o quão são falhas as políticas públicas, o que mostra de forma desproporcional a Insegurança Alimentar e Nutricional.

**Palavras chave:** Vulnerabilidade; Pandemia; Segurança Alimentar

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2. OBJETIVO .....</b>	<b>7</b>
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>7</b>
<b>4. DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>8</b>
4.1 Mapeamento com critérios de risco para vulnerabilidade.....	8
4.2 Contato com as famílias mais vulneráveis e identificação da maior necessidade.....	10
4.3 Seleção de alimentos para composição das cestas básicas.....	10
4.4 Desenvolvimento desta ação até a entrega das cestas.....	11
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>14</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>15</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O sistema de saúde do Brasil é um dos maiores do mundo e está apoiado em uma grande rede de Atenção Básica, mas que se encontra com vários problemas de gestão, financiamento, falta de estrutura física e dos serviços e déficit de profissionais. Mesmo com essas dificuldades é possível ter várias evidências quanto à redução da mortalidade e desigualdades em saúde, aumentado pela junção das políticas de transferência de renda e proteção social (SARTI et al, 2020).

A Atenção Básica funciona com equipes, Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e equipes de consultório de rua, para uma população específica de um território definido, o que permite a responsabilidade sanitária dos indivíduos e sua coletividade, além de possibilitar o acompanhamento da dinamicidade do território dessas populações. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são a porta de entrada da Atenção Básica, permitindo que haja um cuidado com a saúde das pessoas de forma descentralizada e com capilaridade, tornando-a mais próxima da realidade do usuário, esse cuidado é possível graças à Estratégia Saúde da Família.

A Estratégia Saúde da Família trata-se de uma reorganização no processo de trabalho da Atenção Básica, considerando os princípios do Sistema Único de Saúde, de forma a expandir, consolidar e qualificar esse nível de atenção. A Atenção Básica é a coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, a qual a atenção nutricional faz parte do cuidado integral. É nesse âmbito que é possível perceber a capilaridade e identificar as necessidades da população, contribuindo para a organização da atenção nutricional a partir das necessidades dos usuários. A atenção nutricional entrará na ampliação das Equipes de Saúde da Família, através dos NASF-AB (BRASIL, 2013).

A portaria Nº 154 de 24 de janeiro de 2008, cria os NASF-AB o qual estabelece a constituição por equipes com diferentes profissionais para atuarem em conjunto com as Equipes Saúde da Família (ESF), compartilhando práticas, agindo de forma direta no apoio à equipes e na unidade na qual o NASF-AB está cadastrado. O trabalho com apoio matricial permite o aumento da visão clínica e seu escopo de ações assistenciais, incluindo outras contribuições, fazendo com que a participação dos NASF-AB seja uma iniciativa para melhorar a resolutividade da Atenção Básica, além de fortalecer seu papel de coordenação das redes de atenção (SOUSA et al, 2017).

O NASF-AB da UBS 1 do Itapoã apoia nove equipes de Saúde da Família (ESF) e é composto por sete categorias profissionais diferentes: nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutica, psicóloga, assistente social e fonoaudióloga.

Para chegar nesse modelo atual, se tem discutido muito o conceito de saúde e doença, levando em consideração os determinantes sociais e como pode-se garantir o direito à saúde. O processo saúde-doença está além da questão fisiopatológica, está envolvido na relação de adaptação da natureza para atender as necessidades dos seres humanos, no decorrer da vida. A saúde tem um significado mais amplo e trata-se de um bem e direito social, em que deve ser garantido e assegurado o exercício e a prática (VIANNA, 2012). Um instrumento importante para operacionalizar o conceito ampliado de saúde, é o trabalho intersetorial, o qual irá utilizar a conjectura teórica e metodológica da promoção de saúde (SILVA E TAVARES, 2016).

Fatores da vida e do trabalho interferem significativamente na saúde, em 2006, foram estabelecidos pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os seguintes determinantes: fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais. São esses que estimulam os problemas de saúde e os fatores de risco da população. Dessa forma, se o trabalho é prejudicado (fator econômico), consequentemente surgem problemas quanto às necessidades fisiológicas, como o alimento, a moradia, entre outras, e o que irá atrair problemas de saúde mental (fator psicológico), tudo isso estará atrelado ao processo saúde-doença. Algo que interferiu nos empregos de grande parte dos brasileiros no ano de 2020, foi a pandemia pelo novo coronavírus (VIANNA, 2012).

No início de 2020 foi percebido um impacto da saúde e economia mundial em decorrência de uma síndrome respiratória aguda provocada por um novo coronavírus (SARS-CoV-2), pertencente à família Coronaviridae. Essa doença se transmite muito facilmente pelo contato entre as pessoas e por fômites, tendo a gravidade e letalidade variável de acordo com a faixa etária e doenças associadas. A propagação do SARS-CoV-2 ocorreu de forma rápida alcançando mais de 100 países, dessa forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a COVID-19 como uma pandemia no dia 11 de março de 2020 (MARINELLI et. al, 2020).

Esse artigo tem como objetivo descrever uma ação organizada pelo Nasf da Unidade Básica de Saúde (UBS) 1 do Itapoã, em um momento de pandemia, para as necessidades identificadas de uma população em vulnerabilidade.

## **2. OBJETIVO**

Relatar uma ação emergencial durante um momento pandêmico demonstrando a Insegurança Alimentar e Nutricional do território.

## **3. METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência, em que descreve, através da perspectiva de uma nutricionista residente do programa multiprofissional em Atenção Básica (AB) do Hospital

Universitário de Brasília (HUB), uma ação pontual, coordenada pelo NASF-AB, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da Região Leste do Distrito Federal.

#### **4. DESENVOLVIMENTO**

##### **4.1 Mapeamento com critérios de risco para vulnerabilidade**

O Itapoã é uma Região Administrativa (RA), ocupada e criada recentemente, da Unidade de Planejamento Territorial (UPT) Leste. Essa região está irregular, tendo em vista que as terras pertencem à União, são desapropriadas em comum e não desapropriadas, o que torna complexo o processo de regularização. O processo de ocupação ocorreu de forma rápida a partir de 2001, com famílias que vieram de outros estados e do Paranoá. Na espera de regularizar as terras houve aumento e estímulo para outras ocupações, envolvendo pessoas de baixa renda e classe média (PDAD, 2018).

A Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) 2018 mostra que a população urbana da Região Administrativa (RA) Itapoã, era de aproximadamente 62.208 pessoas, sendo cerca de 50,3% do sexo feminino. A pirâmide etária demonstra uma população jovem, com idade média de 28 anos. Quanto à escolaridade, 96,1% da população com idade a partir de 5 anos, declararam saber ler e escrever; cerca de 37,5% da população com idade acima de 25 anos têm ensino fundamental incompleto, 28,1% tem ensino médio completo, 10,2% ensino médio incompleto, 8,8% ensino superior completo, 6,9% ensino fundamental completo, 4,7% ensino superior incompleto e 3,8% não tem escolaridade.

Apenas 47,3% dos trabalhadores dessa região têm carteira assinada e quanto à renda, mais da metade da população (50,3%) dessa região têm entre 1 e 2 salários mínimos, tendo um valor médio de 931,9 reais por pessoa. As atividades laborais se dividem em 51,3% empregado (exceto doméstico), 31,1% autônomo, 11,3% empregado doméstico e 1,9% em estágio remunerado. Através desses dados é possível perceber que quase metade do território é composto por trabalhadores informais (PDAD, 2018).

Levando em consideração todos esses dados referente a região, já era previsto que a vulnerabilidade social iria sobressair durante a pandemia, e por isso foi pensado em estabelecer critérios para mapeamento dos usuários mais vulneráveis do território, e assim conseguir dar suporte a essas pessoas. Além disso, o território já tem um contexto de vulnerabilidade considerável. Dessa forma, primeiro foram feitas reuniões entre os membros do NASF -AB para discussão e estabelecimento dos critérios.

Os critérios foram inspirados na Escala de Risco Familiar Coelho - Savassi (ERF-CS), essa escala compreende a utilização da ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (Figura 1), em que utiliza critérios de risco avaliado na primeira Visita Domiciliar (VD)



realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). A partir desse instrumento é possível verificar na população adscrita, qual o grau de risco social e de saúde, e qual reflexo no potencial de adoecimento de cada núcleo familiar (SAVASSI et. al, 2012).

<b>Dados da ficha A SIAB (Sentinelas de Risco)</b>	<b>Escore de risco</b>
Acamado	3
Deficiência Física	3
Deficiência Mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Indivíduo menor de seis meses de idade	1
Indivíduo maior de 70 anos de idade	1
Hipertensão Arterial Sistêmica	1
Diabetes Mellitus	1
Relação morador/ cômodo maior que 1	3
Relação morador/ cômodo igual a 1	2
Relação morador/ cômodo menor que 1	0

Figura 01. Dados da ficha A do SIAB e escore de risco. SAVASSI et. al, 2012.

A partir da soma do escore de risco da cada família é possível classificá-los em risco menor, médio e máximo (Figura 02). Dessa forma, foi possível visualizar as famílias com maior situação de vulnerabilidade e com maior risco de saúde, e assim reduzir os agravos detectados na aplicação desse instrumento (SAVASSI et al. 2012).

<b>Escore total</b>	<b>Risco Familiar</b>
5 e 6	R1- risco menor
7 e 8	R2- risco médio
Acima de 9	R3- risco máximo

Figura 02. Cálculo do risco familiar. SAVASSI et. al, 2012.

Após a discussão dos critérios, a serem utilizados para o mapeamento e classificação de risco, para uma melhor organização, os especialistas da equipe NASF-AB se dividiram de acordo com as respectivas cargas horárias para o número de ESF.

O mapeamento foi realizado de acordo com as estratégias que as Equipes de Saúde da Família identificaram serem mais compatíveis com seu território, algumas utilizaram os cadastros individuais, com auxílio principalmente dos ACS (Agente Comunitário da Saúde), foram observados os cadastros individualmente e identificadas às famílias que possivelmente estariam em uma situação mais vulnerável.

#### **4.2 Contato com as famílias mais vulneráveis e identificação da maior necessidade**

A partir de todo o processo de discussão, estabelecimento de critérios, identificação das famílias que possivelmente estariam em situação de vulnerabilidade e classificação de risco, foi feita uma lista com os dados desses usuários para realizar um primeiro contato telefônico, verificar a situação atual, e se necessário realizar uma VD (Visita Domiciliar) e assim avaliar se a classificação que foram feitas através das fichas eram fidedignas ou não, e a partir disso foram realizados o encaminhamento para o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), quando necessário. Durante a pandemia o CRAS realizou apenas atendimentos online, o que dificultou mais ainda o acesso das famílias, principalmente as com maior grau de vulnerabilidade. Os encaminhamentos realizados pelo NASF-AB, quando necessário, foram encaminhados pelo Sistema Eletrônico de Informações (SEI), um sistema interno utilizado pelos servidores.

A intersetorialidade é de extrema importância para garantia da resolutividade, tendo em vista que trata-se da articulação de saberes e práticas no planejamento, realização e avaliação para alcançar simultaneamente em situações difíceis, o desenvolvimento social e assim superar a exclusão social (SILVA E TAVARES, 2016).

Através das ligações e das VD as famílias foram avaliadas quanto à dificuldade diante da pandemia. O problema que mais sobressaiu foi o desemprego e consequentemente a falta de alimento, a maioria dos usuários do território tinham empregos informais (empregada doméstica, pedreiro, caseiro, cuidadora de idosos, babá) e a maioria foram dispensados no início da pandemia.

Em meio ao grande número de famílias nessa situação e a demora do serviço público em sanar esse problema social, a demanda também começou a surgir através das equipes, vendo assim a necessidade de realizar uma ação mais emergente, algo solicitado pelas próprias ESF. Dessa forma, a fome foi eleita como a necessidade que teria possibilidade de atuação e também seria a mais emergente.

#### **4.3 Seleção de alimentos para composição das cestas básicas**

Foram selecionados alimentos mais baratos e nutritivos, baseado em mais alimentos minimamente processados - alimentos in natura que passaram por algum processo mínimo para tornar possível o consumo, como descasque, moagem, polimento, pasteurização, esterilização, entre outros - , ingredientes culinários - açúcar, sal, óleos e gorduras, o que permite a realização de preparações culinárias - e processados - alimentos in natura com adição de algum ingrediente culinário, como sardinha e conservas -, ao invés, de alimentos ultraprocessados - alimentos que

contêm muitos aditivos químicos da indústria alimentícia, geralmente possui mais de 5 ingredientes, como, biscoitos recheados, macarrão instantâneo, suco de saquinho, temperos prontos, entre outros - , para que fossem doadas às famílias sem alimentos no momento e que não teriam condições de esperar a cesta do CRAS.

A lista de alimentos foi pensada para compor 25 cestas, levando em consideração a cultura alimentar da população brasileira, a distribuição de macronutrientes (carboidratos, proteínas e lipídeos) e fibras e o preço, de forma ser mais acessível. Sendo assim, foram divididos para as equipes da seguinte forma:

<b>EQUIPE</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>ALIMENTOS</b>
eSF 06	25 pacotes	biscoito de água e sal
eSF 07	40 latas	sardinha
eSF 08	25 caixas	leite integral
eSF 09	25 pacotes (1 kg cada) 25 pacotes (500gr cada)	açúcar milho para pipoca
eSF 10	25 pacotes (4 rolos cada)	papel higiênico
eSF 11	1 unidade	cesta completa
eSF 12	10 pacotes (5kg cada) 10 pacotes (1kg cada)	arroz sal
eSF 13	25 pacotes (500gr cada) 25 pacotes (340gr cada)	macarrão molho de tomate
eSF 14	50 pacotes (500gr cada) 25 latas (200gr cada)	farinha de milho flocada seleta de legumes
Vacina, ECG e farmácia	25 pacotes (1kg cada)	feijão
Equipe de odontologia	25 unidades 25 unidades	creme dental sabonete
Gerência e administrativo	15 pacotes (5kg cada)	arroz
eNASF	28 latas 25 garrafas (1L cada)	sardinha óleo

Fonte: Autor.

#### **4.4 Desenvolvimento desta ação até a entrega das cestas**

As VD sempre realizadas com os ACS foram acompanhadas de forma alternada pelos especialistas do Nasf: nutricionista, assistente social e terapeuta ocupacional. Durante a entrega

das cestas foram identificadas outras necessidades como, atendimentos com as equipes e encaminhamentos para outros serviços.

A apresentação da proposta, organização da lista junto às equipes, mapeamento da situação de risco, montagem das cestas, visitas domiciliares e finalmente a entrega das cestas, teve início na primeira semana de abril. Foram entregues uma cesta para cada família, uma única vez. Até o início do mês de maio 2020, temos os seguintes dados:

- Cestas montadas com as doações: 22
- Recebemos doação de mais 2 cestas básicas já montadas
- Número de usuários que compõe a lista: 61
- Visitas domiciliares: 43
- Cestas entregues: 24
- Equipes contempladas:

<b>Nome da Equipe</b>	<b>Entrega</b>	<b>Nome da Equipe</b>	<b>Entrega</b>
<b>Equipe 6</b>	4 cestas entregue	<b>Equipe 11</b>	2 cestas entregues
<b>Equipe 7</b>	6 cestas entregue	<b>Equipe 12</b>	3 cestas entregue
<b>Equipe 8</b>	1 cesta entregue	<b>Equipe 13</b>	2 cestas entregue
<b>Equipe 9</b>		<b>Equipe 14</b>	3 cestas entregue
<b>Equipe 10</b>		<b>Fora de área</b>	3 cestas entregues

De acordo com Farias e Junior (2020), um dos problemas mais relevantes dessa pandemia é a vulnerabilidade, a qual tem mostrado como a saúde dos indivíduos está dependente das ações e omissões de outros, e como a procura da invulnerabilidade total é uma ilusão. Até certo ponto, a vulnerabilidade é inevitável, resultando do caráter social da vida humana e pelo processo de globalização e capitalização. Dessa forma, os indivíduos que tem mais se solidarizam para aqueles que têm menos, e isso é utilizado como forma de reduzir os danos causados pela desigualdade social. A fome é uma questão presente na vida dos brasileiros muito antes da pandemia, é uma das consequências da vulnerabilidade social, dentre outras questões, essa é mais urgente, tendo em vista a necessidade biológica.

A Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – Losan (nº 11.346) traz consigo, desde 2006, uma proposta de construção de um Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan), tendo em vista que a alimentação é um direito essencial reconhecido pela Constituição Federal. O Sisan através de vários setores do governo e sociedade busca promover o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), a partir da promoção, formulação e

articulação de várias ações e programas da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) (BOVOLENTA, 2017). Mesmo com todo esse sistema enfrentamos dificuldades em manter a segurança alimentar e nutricional, já que há tantas falhas no processo, principalmente se tratando de questões políticas. Levando em consideração a principal necessidade dos usuários na pandemia, e solidariedade dos servidores diante da situação, foram pensados em questões além da fome, tendo em vista a cultura alimentar da população.

Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira (2015), a alimentação diz mais que a ingestão de nutrientes, está relacionada aos alimentos que os contém, suas combinações e modo de preparo, o modo de comer e as questões culturais. Tudo isso irá interferir na saúde e bem-estar do indivíduo e, além disso, as recomendações quanto à alimentação devem considerar as formas de produção e a distribuição de alimentos sobre a justiça social e a integridade do ambiente. Por isso a importância de se manter a alimentação baseada em alimentos *in natura* e minimamente processados.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, é importante considerar os aspectos que fogem da burocracia e possibilitam ações de solidariedade. Um território vulnerável que foi se intensificando devido a pandemia, teve a alimentação como uma necessidade agravada, tendo em vista que a maioria dos indivíduos são trabalhadores informais.

Com base nos aspectos citados acima a ação das “cestas básicas” foi realizada através do diagnóstico das necessidades, planejamento e da solidariedade dos servidores, para suprir uma das necessidades mais básicas da vida, que é a alimentação, a qual o território vem sofrendo como uma das consequências da pandemia. Além disso, foi possível utilizar o conhecimento do Guia Alimentar para a População Brasileira, a fim de produzir cestas básicas que se compreendem os aspectos culturais e nutricionais do território, já que as cestas não foram compradas prontas e sim montadas, com mais alimentos minimamente processados e processados e menos ultraprocessados.

Apesar de uma ação pontual teve um processo envolvendo o diagnóstico, planejamento, a execução o qual foi investido tempo, energia de todos os profissionais e residentes do NASF-AB, essa ação foi priorizada em determinado período de tempo, servindo para estreitar os laços das Equipes de Saúde da Família com a comunidade para a qual trabalham, além de permitir um maior conhecimento do território. Ademais, foi possível modificar as variáveis de uma cesta básica pronta para uma cesta básica montada de forma adaptada e mais saudável dentro das possibilidades, suprimindo assim, de forma imediata a necessidade de alimentação de algumas famílias até que o CRAS desse andamento nos casos. Isso mostra a potência do trabalho como ação disparadora do cuidado integral em saúde, das famílias do território da UBS, mesmo frente a fragilidade da rede intersetorial.

A partir dessa ação, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) conseguiram parceria com uma Central de Abastecimento do Distrito Federal (Ceasa-DF) que fornece cestas verdes de acordo com a lista encaminhada pela UBS e que mantém esse fornecimento de acordo com o surgimento das demandas. O mapeamento serviu para identificação e possível acompanhamento das famílias do território as quais mais precisavam seguimento pela equipe e NASF-AB, por terem outras demandas de saúde. E assim também teve início as frentes em saúde social, nutricional, mental e social, as quais os profissionais do NASF-AB se dividiram para melhor atender o território.

## REFERÊNCIAS

BOVOLENTA, Gisele A.. Cesta básica e assistência social: notas de uma antiga relação. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo , n. 130, p. 507-525, dez. 2017 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282017000300507&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282017000300507&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 15 de agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2018. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 25 de jan. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para população brasileira. 2ª ed., 1ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

FARIAS, Magno Nunes; JUNIOR, Jaime Daniel Leite. Vulnerabilidade social e COVID-19: Considerações a partir da Terapia Ocupacional social. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional/Brazilian Journal of Occupational Therapy, Preprint**. 2020.

MARINELLI, Natália Pereira et al. Evolução de indicadores e capacidade de atendimento no início da epidemia de COVID-19 no Nordeste do Brasil. 2020, **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 3, n. 29. Acesso em 14 de dezembro de 2020.

PDAD - Pesquisa Distrital por Amostras de Domicílio 2018 - CODEPLAN- Companhia de Planejamento do Distrito Federal - Anuário estatístico do DF, Brasília, 2020

SARTI, Thiago Dias et al . Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 29, n.

2, e2020166, 2020 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222020000200903&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200903&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 31 de julho de 2020.

SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva et al. O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da Atenção Básica: limites e possibilidades. *Saúde em Debate* [online]. 2017, v. 41, n. 115 [Acessado 31 Julho 2020] , pp. 1075-1089. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711507>>.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro et al. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. **J Manag Prim Health Care**, Minas Gerais, v. 3, n.2, p. 179 -185. dez. 2012.

SILVA, Denise Alves José da e TAVARES, Maria de Fátima Lobato. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate* [online]. 2016, v. 40, n. 111 [Acessado 18 Fevereiro 2021] , pp. 193-205. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611115>>.